***Załącznik nr 8 do SWZ***

**Opis przedmiotu zamówienia – wymagania**

Czasy reakcji i realizacji zgłoszeń/usunięcia błędów w zależności od ich kategorii

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Zgłoszenie** | **Czas reakcji na zgłoszenie – parametry wymagane** | **Czas realizacji zgłoszenia – parametry wymagane** |
| **1** | Błąd krytyczny aplikacji | 8 godz. | 24 godz. |
| **2** | Błąd niekrytyczny aplikacji | 48 godz. | 10 dni |
| **3** | Wada aplikacji | 48 godz. | 30 dni |
| **4** | Nowa funkcjonalność | 14 dni | Uzgodniona między stronami i zaznaczona w formularzu zgłoszeniowym (patrz wzór formularza poniżej) |
| **5** | Zmiany prawne z chwilą wejścia w życie. | nie później niż 1 dzień przed wejściem w życie danego przepisu | nie później niż 1 dzień przed wejściem w życie danego przepisu |
| **6** | Konsultacja - usuniecie problemu, który doprowadził do błędu krytycznego aplikacji | 12 godz. | 48 godz. |
| **7** | Konsultacja - usuniecie problemu, który doprowadził do błędu niekrytycznego aplikacji | 48 godz. | 14 dni |
| **8** | Konsultacja - usunięcie problemu, który doprowadził do wady aplikacji | 48 godz. | 30 dni |

**Uwaga: Przyjęcie zgłoszenia ma być potwierdzone e – mailem.**

**Data ................................ ..................................................**

*(Podpisy osób upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy )*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zgłoszenie problemu/wniosku związanego z systemem ESKULAP/SIMPLE.ERP/planowanie czasu pracy**  **Zgłoszenie nr …………..** | | | |
| Nazwa jednostki zgłaszającej |  | | |
| Data i godzina zgłoszenia |  | | |
| Osoba zgłaszająca |  | | |
| Nazwa modułu systemu ESKULAP/SIMPLE/planowanie czasu pracy |  | | |
| Aplikacja/formularz/raport  - zakres |  | | |
| Temat: |  | | |
|  | | | |
| Załączniki: |  | | |
| Ustalony termin realizacji zgłoszenia. |  | | |
| Osoba odpowiedzialna ze strony Wykonawcy: |  | | |
| Czas poświęcony na realizację zgłoszenia: |  | | |
| Data odbioru zgłoszenia: |  | *Podpis osoby odbierającej realizację zgłoszenia* |  |

**WYKONAWCA:**  **ZAMAWIAJĄCY:**